

## Instructivo manejo de siniestros

El objetivo del presente es describir las acciones y pasos que se deben tomar ante la ocurrencia de un siniestro que afecte a nuestros clientes asegurados, asociados a A.H.B.A.

### Procedimiento para el Asegurado

Informar de manera inmediata a la Cía. a [denunciasociacionhockey@meridionalseguros.com.ar](mailto:denunciasociacionhockey@meridionalseguros.com.ar), brindando la siguiente información:

N° de póliza: (Formulario)

Nombre completo del asegurado:

Número de DNI del asegurado:

Integra seleccionado Si/No:

Descripción del hecho, lesión sufrida, lugar y hora:

### Documentación a presentar

1. Estudios por imágenes y/o sus correspondientes informes.
2. Facturas originales respecto de las cuales se solicita el reintegro con el detalle del concepto facturado.
3. Receta u orden médica con la prescripción del medicamento, tratamiento, análisis o prestación, según se trate.
4. Historia clínica completa a partir la fecha de ocurrencia del siniestro.
5. Protocolo quirúrgico y resumen de epicrisis si hubo intervención quirúrgica.
6. Incluir certificado de implante en caso de utilizar material de osteosíntesis
7. Alta médica definitiva.
8. En caso de ocurrir el fallecimiento, presentar Certificado de defunción.

Una vez abierto el siniestro, el ajustador informará el número de siniestro y dará seguimiento al mismo.

# DENUNCIA DE SINIESTRO ACCIDENTES PERSONALES

Para ser completada por el asegurado

Apellido y nombre del accidentado:	Edad:
Dirección:	Teléfono:
Profesión:	
Tareas que desempeña habitualmente:	
Son las que efectuaba al momento del accidente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Fecha, hora y lugar del accidente:	
Email del lesionado:	
Teléfono:	
Circunstancias en las que se produjo el accidente y sus consecuencias:	
Parte del aparato, máquina o útil que produjo la lesión:	
Parte del cuerpo lesionada:	
Tipo de lesión sufrida:	
Nombre del establecimiento sanitario y médico tratante que le prestó primeros auxilios:	
¿Se instituyó sumario policial? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Sufrió la amputación total o parcial de algún miembro o dedo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo ¿Cuál?	

## DATOS DEL ASEGURADO / CONTRATANTE

Póliza N°	Certificado N°	Monto asegurado:
Apellido y nombre del asegurado:	Edad:	
Ausencia del trabajo por este accidente:	Desde / /	Hasta / /
Empleado desde: / /	Asegurado desde: / /	
Email del asegurado:		

Declaro que son verídicas y sinceras las declaraciones precedentes,

Firma del Contratante y Aclaración: .....

Fecha: .....

Esta información debe ser suministrada a Meridional Seguros, dentro de las 72 hs. de sufrido el Hecho. Puede enviarse por Fax al 0-800-3333-244 o a Pte. Tte. Gral. Perón 646 - 4to. piso - (1038) Capital Federal - División Siniestros.



**DECLARACIÓN DEL MÉDICO ASISTENCIAL**

El asegurado debe obtener de su médico la presente declaración a su propio costo y remitirla a la Compañía dentro de las 72 hs. de ocurrido el accidente.

1. Actitud del miembro (deformaciones, acortamiento, etc.)

2. Estado de la piel (cicatrices adherentes o no, dolorosas o indoloras, úlceras de decubitos, fístulas, etc.)

3. Estado de los músculos  Trofismo  Tonicidad  Otros

4. Palpación (dolor, derrames articulares, hematomas, abscesos)

5. Movilidad pasiva  Rigidez  Anquilosis • Grado de movimiento:

6. Movilidad activa (limitaciones, parálisis, disminución de fuerza, etc.) Especificando los grados de movimiento.

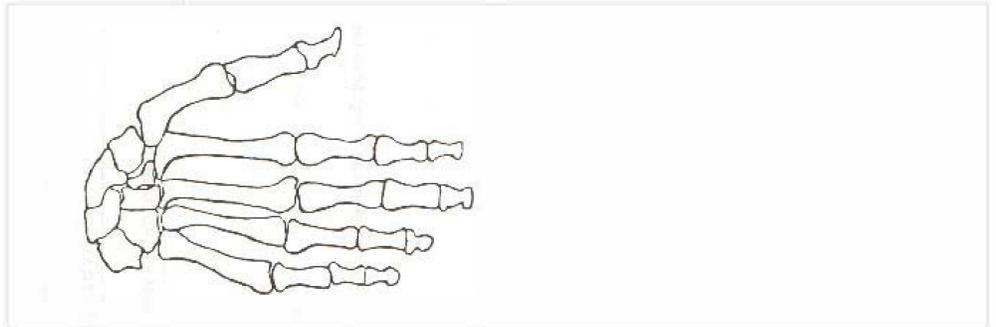
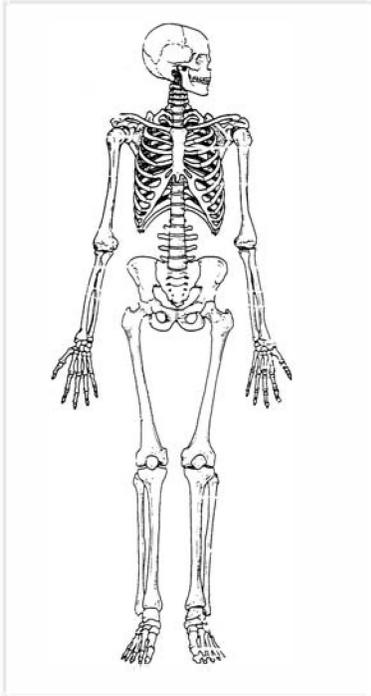
7. Las lesiones que presenta el asegurado son definitivas o existen posibilidades de recuperación?

8. Fecha probable de alta médica

9. Describa las posibles secuelas

10. Diagnóstico por imágenes:  RX  RNM  TAC  Otros:

11. Otros datos complementarios:



Se ruega al médico asistencial indicar en el esquema el sitio de las lesiones.

Declaro que son verídicas y sinceras las declaraciones precedentes,

Firma del contratante y aclaración: .....

Fecha: .....

## CONSENTIMIENTO DEL TITULAR DE LOS DATOS

Consiento expresamente que La Meridional Compañía Argentina de Seguros S.A., trate mis datos personales con el objeto de cumplir con sus obligaciones contractuales y las leyes laborales, previsionales e impositivas y realizar todas las actividades que tengan por objeto el cumplimiento del objeto social, incluyendo las actividades de recursos humanos y la prestación del servicio de seguro.

Asimismo, consiento que mis datos personales puedan ser transferidos a jurisdicciones que no posean normativa de protección de datos personales similares o adecuadas a la Argentina, cuando la empresa proporcione medidas de seguridad y confidencialidad de los mismos.

Tomo conocimiento que los destinatarios de los datos personales serán La Meridional Compañía Argentina de Seguros S.A., sus afiliadas y empresas relacionadas y que tengo el derecho de acceso, información, rectificación, actualización y supresión de los mismos.

Los datos personales están sujetos a la política de privacidad que se encuentra a disposición en el sitio [www.meridionalseguros.com.ar](http://www.meridionalseguros.com.ar)

### EN CUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES DE LA AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA N° 14/18 Y 47/18 SE INFORMA LO SIGUIENTE:

"El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326".

"La **AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA**, Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales".

Nombre, apellido y DNI: .....

Lugar y Fecha: .....

Firma: .....

